

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Größe / Gewicht: Beruf:
Hobby/Sport:
familiäre / gesundheitliche Vorbelastung? o ja o nein
Wenn ja, welche?
.....
.....

Angaben zum Allgemeinzustand

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher oder heilpraktischer Behandlung? Wenn ja, warum?
.....
.....

Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen? (z.B. Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ- oder Gelenkstörungen, Tumore)
.....
.....

Gibt es Untersuchungsbefunde? (z.B. Röntgen, MRT, CT, Labor, Ultraschall) o ja o nein

Nehmen sie Medikamente? o ja o nein

Wenn ja, welche?
.....
.....

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, wann und warum? (auch in der Kindheit; auch Kaiserschnittentbindung)
.....
.....

Hatten Sie schwerwiegende Unfälle/Stürze/Frakturen/Trauma? Wenn ja, welche und wann?
.....
.....

Haben Sie Allergien/Hauterkrankungen/Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?
.....
.....

Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? (familiär, beruflich, im Alltag, psychisch)

o ja o nein (Wenn ja, welchen?)
.....
.....

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel?.....

Nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche und wie viel?.....

Was ist der Grund Ihres Besuches?
.....
.....

Wie äußern sich die Beschwerden?
.....
.....

Gab es einen Auslöser der Beschwerden?
.....
.....

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, wo/wann/wie stark

(auf einer Schmerzskala von 1 = wenig bis 10 = nicht aushaltbar)
.....
.....

Was versprechen Sie sich von der Behandlung?
.....
.....
.....

.....
Organanamnese

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? o ja o nein

Wenn ja, wo sitzt der Schmerz, wie häufig und haben Sie Begleiterscheinungen
(z.B. Schwindel oder Übelkeit)?
.....
.....

Bitte wenden !

Gibt es typische Auslöser der Kopfschmerzen?

Beschreiben Sie bitte Dauer und Intensität:

Haben Sie Beschwerden mit den Augen? o ja o nein

Wenn ja, welche (z.B. kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, Grauer Star)?

Haben Sie Probleme mit den Ohren? o ja o nein

Wenn ja, welche (z.B. Tinnitus, schwerhörig, Hörgerät)?

Haben Sie Kieferprobleme? o ja o nein

Wenn ja, welche (z.B. Schmerzen, Knacken, Knirschen, Pressen)?

Hatten / haben Sie Probleme mit der Lunge? o ja o nein

Wenn ja, welche (z.B. Husten, Bronchitis, Atemprobleme)?

Haben Sie Herzerkrankungen? o ja o nein

Wenn ja, welche (z.B. Stechen, Druck in der Brust, Herzschwäche, Rhythmusstörungen, Klappenfehler, Schrittmacher)?

Haben Sie Kreislauferkrankungen? o ja o nein

Wenn ja, welche (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Zustand nach Herzinfarkt)?

Haben Sie Leber- oder Gallenbeschwerden? o ja o nein

Wenn ja, welche (z.B. Koliken, Steine, Fettunverträglichkeit)?

Haben Sie Magenbeschwerden? o ja o nein

Wenn ja, welche (z.B. Sodbrennen, Entzündungen, Geschwür)?

Haben Sie Darmbeschwerden? o ja o nein

Wenn ja, welche (z.B. Blähungen, Entzündungen, Hämorrhoiden, Verstopfung)?

Vertragen Sie alle Speisen/Getränke? o ja o nein

Wenn nicht, welche?

Haben Sie Nieren-/Blasenbeschwerden? o ja o nein

Wenn ja, welche (z.B. Steine, Entzündungen, Inkontinenz)?

Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden? o ja o nein

Wenn ja, welche? (z.B. Bandscheibenvorfall, Verspannungen, Schmerzen, Osteoporose)?

Haben Sie Beschwerden an den Beinen? o ja o nein

Wenn ja, wo? (z.B. Hüfte, Knie, Fuß)

Haben Sie Beschwerden an den Armen? o ja o nein

Wenn ja, wo? (Schulter, Ellenbogen, Hände)

Für Frauen: Haben bzw. hatten Sie Menstruationsbeschwerden? o ja o nein

Wenn ja, welche?.....

Schwangerschaften / Geburten?.....

Für Männer: Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Prostata? o ja o nein

Wenn ja, welche? (z.B. Vergrößerung, Tumor, Beschwerden beim Wasserlassen)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Auf eine gute Zusammenarbeit!

Datum: Unterschrift:

Bitte wenden !